

Rapporto sulla qualità 2022

secondo il modello di H+

Approvazione in data:
Tramite:

31.05.2023
Martin Gilgen, Direttore a.i.

Versione 5



Colophon

Il presente rapporto sulla qualità è stato allestito secondo il modello di H+ Gli Ospedali Svizzeri. Il modello del rapporto sulla qualità rappresenta il resoconto unico per i settori specialistici somatica acuta, psichiatria e riabilitazione per l'anno di riferimento 2022.

Il rapporto qualità permette di ottenere una panoramica sistematica sulle attività concernenti la qualità di un ospedale o di una clinica in Svizzera. Tale panoramica indica la strutturazione della gestione interna della qualità come pure gli obiettivi principali di qualità e comprende informazioni relative a indagini di soddisfazione, partecipazione a misurazioni, a registri e certificazioni. Sono inoltre esaminati indicatori di qualità e azioni di miglioramento, programmi e progetti relativi alla promozione della qualità.

Al fine di aumentare la confrontabilità dei rapporti sulla qualità, indice e numerazione dei capitoli sono stati uniformati. Nell'indice, sono ora visibili tutti i capitoli del modello, anche quelli che non riguardano direttamente l'ospedale. Qualora un capitolo non sia rilevante per l'ospedale, il testo appare in grigio e viene fornita una breve motivazione. Nel resto del rapporto, tuttavia, tali capitoli non appaiono.

Per poter interpretare e confrontare correttamente i risultati della misurazione della qualità occorre prendere in considerazione le informazioni relative all'offerta e ai dati di riferimento delle singole specialità. È inoltre necessario considerare le differenze tra la struttura dei pazienti e i loro fattori di rischio così come i cambiamenti negli stessi. Per ogni misurazione, vengono pubblicati solo i risultati più recenti disponibili. Di conseguenza, quelli riportati nel presente rapporto non risalgono tutti allo stesso anno.

Pubblico

Il rapporto sulla qualità si rivolge agli specialisti del settore sanitario (gestori di ospedali e collaboratori del settore sanitario, commissioni nell'ambito della sanità e della politica sanitaria, assicuratori, ecc.) e al pubblico interessato.

Persona di contatto Rapporto sulla qualità 2022

Signora
Daniela Mozzetti
Responsabile Qualità
091.735.56.33
dmozzetti@clinicavarini.ch

Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri sugli avvenimenti nazionali in materia di qualità

Gli ospedali e le cliniche svizzeri contribuiscono allo sviluppo della qualità con molto impegno e misure mirate, anche in periodi difficili. Il modello di rapporto sulla qualità di H+ permette loro di allestire rapporti uniformi e trasparenti sulle proprie attività legate alla qualità, che inoltre possono essere trasferiti direttamente nei relativi profili degli ospedali sul sito info-ospedali.ch.

Nel 2022 la pandemia di Covid-19 ha continuato a influire su ospedali e cliniche. Per sgravarli, durante i mesi invernali molto difficili, è stato annullato il rilevamento nazionale delle infezioni postoperatorie del sito chirurgico. È inoltre per la prima volta che le misurazioni delle infezioni del sito chirurgico, con e senza impianti protesici, possono essere svolte contemporaneamente.

Nei settori psichiatria e riabilitazione l'ANQ ha potuto eseguire con successo i sondaggi nazionali sulla soddisfazione dei pazienti che ora si tengono a ritmo biennale per ogni settore specializzato. Nella somatica acuta nel 2022 non si è tenuta alcuna inchiesta regolare a livello nazionale.

Nel 2022 l'ANQ ha deciso di modificare la metodologia riguardante il rilevamento delle riospedalizzazioni. La valutazione di queste ultime ora sarà effettuata tramite l'algoritmo del Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) adattato alla realtà svizzera. I primi risultati in merito saranno presentati nel rapporto sulla qualità 2023, basato sui dati UST 2021.

Nel capitolo 4 «Panoramica delle attività nell'ambito della qualità» gli ospedali e le cliniche per la prima volta hanno l'opportunità di riferire sulle Patient-Reported Outcome Measures (PROMs).

Oltre alle misurazioni effettuate dagli ospedali, il rapporto sulla qualità contiene pure le misurazioni della qualità dell'ANQ vincolanti e unitarie a livello nazionale, compresi i risultati specifici dell'ospedale/della clinica. È possibile effettuare confronti puntuali in occasione di misurazioni uniformi a livello nazionale, quando i risultati per clinica e ospedale o per sede vengono aggiustati in maniera corrispondente. Per le spiegazioni dettagliate relative alle misurazioni nazionali rinviando al sito www.anq.ch.

H+ ringrazia tutti gli ospedali e le cliniche partecipanti per il loro grande impegno; con le loro attività garantiscono l'elevata qualità delle cure. Grazie al resoconto trasparente e completo le attività in materia di qualità ottengono l'attenzione e la considerazione che si meritano.

Con i migliori saluti



Anne-Geneviève Bütikofer
Direttrice H+

Indice

Colophon	2
Prefazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri sugli avvenimenti nazionali in materia di qualità	3
1 Introduzione	6
2 Organizzazione della gestione della qualità	8
2.1 Organigramma	8
2.2 Persone di contatto della gestione della qualità	8
3 Strategia della qualità	9
3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2022	9
3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2022	10
3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni	10
4 Panoramica delle attività nell'ambito della qualità	11
4.1 Partecipazione a misurazioni nazionali	11
4.2 Svolgimento di misurazioni prescritte a livello cantonale	11
4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne	12
4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità	13
4.4.1 CIRS – imparare dagli errori	17
4.5 Panoramica dei registri	
Per il settore di attività del nostro istituto, non è stato individuato alcun registro adeguato.	
4.6 Panoramica delle certificazioni	17
MISURAZIONI DELLA QUALITÀ	18
Sondaggi di soddisfazione	19
5 Soddisfazione dei pazienti	19
5.1 Sondaggi propri	19
5.1.1 Soddisfazione dei pazienti RAMI	19
5.2 Gestione dei reclami	21
6 Soddisfazione dei familiari	
Il nostro istituto svolge periodicamente un sondaggio.	
7 Soddisfazione dei collaboratori	
Il nostro istituto svolge periodicamente un sondaggio.	
8 Soddisfazione dei medici invianti	
L'indagine non viene effettuata	
Qualità delle cure	22
9 Riammissioni	22
9.1 Analisi nazionale delle riammissioni	22
10 Interventi chirurgici	
Il nostro istituto non offre prestazioni in questo settore.	
11 Infezioni	
Non viene rilevato questo dato.	
12 Caduta	23
12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta	23
12.2 Misurazione propria	24
12.2.1 Formulario interno sulle Cadute	24
13 Lesioni da pressione	25
13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito	25
14 Misure restrittive della libertà	
Dato non monitorato	
15 Peso dei sintomi psichici	
Una misurazione in questo ambito non è rilevante per il nostro istituto.	
16 Qualità di vita, capacità funzionale e partecipativa	
Una misurazione in questo ambito non è rilevante per il nostro istituto.	
17 Altra misurazione	26
17.1 Altra misurazione interna	26

17.1.1	Pianificazione personalizzata dell'assistenza	26
18	I progetti in dettaglio.....	28
18.1	Progetti in corso	28
18.1.1	Audit interni	28
18.1.2	Analisi dei rischi	28
18.1.3	Gestione indicatori di qualità	29
18.1.4	Ridefinizione Gruppo Igiene e Sicurezza	29
18.2	Progetti conclusi nel 2022	29
18.2.1	Formazione sulla Qualità e Sicurezza.....	29
18.3	Progetti di certificazione in corso	30
18.3.1	Certificazione label "Qualità in cure palliative specializzate"	30
18.3.2	Certificazione Direttiva 3 DSS/UI:2016 per Foyer	30
19	Conclusione e prospettive	31
Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto		32
Somatica acuta.....		32
Editore		33

1 Introduzione

La Clinica Fondazione Varini è stata fondata nel 1973, è amministrata da un Consiglio di Fondazione e da un Direttore nella figura di Marco Alfonsi. L'unitarietà della struttura distingue al suo interno cinque settori di intervento, con 75 posti letto come da riconoscimento Cantonale, nello specifico:

5° Piano: Reparto Cure Palliative (10 posti) Le cure palliative si rivolgono a pazienti in fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva, in primo luogo a pazienti affetti da malattie oncologiche ma anche neurologiche, respiratorie, cardiologiche. Hanno lo scopo di offrire al malato la massima qualità di vita possibile, nel rispetto della sua volontà, aiutandolo a vivere al meglio la fase terminale della malattia; a seconda della necessità, ristabilizzando delle sintomatologie che gli permettano di rientrare al domicilio oppure fornendo un accompagnamento verso una morte dignitosa e senza sofferenza. Per il ricovero è necessario un certificato di richiesta medica che attesti l'effettiva necessità di un ricovero. Si può scegliere fra degenza in camera privata, semiprivata o comune.

3-4° Piano: Post – Sub Acuto – RAMI (30 posti) È il settore che si chiamava “Medicina di base”, ora RAMI, Reparto Acuto di minore intensità. Il ricovero di un paziente in un reparto RAMI, avviene su prescrizione medica. Esso si rivolge sia a pazienti provenienti dal proprio domicilio che a coloro che sono dimessi da un reparto ospedaliero. Il paziente proveniente dal domicilio necessita dell'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico e/o terapeutico e della continuazione delle cure se proveniente dall'Ospedale. Siamo di fronte ad un paziente fragile che necessita di un periodo di degenza in una struttura di cura che lavora in modo multidisciplinare con fra gli altri: personale medico geriatrico e internista qualificati e infermieri specializzati che aiutano il paziente a recuperare e/o riadattarsi alle funzionalità residue disponibili in modo da poter far rientro al proprio domicilio. L'offerta è completata, a seconda dei bisogni dei pazienti da sedute di fisioterapia, ergoterapia, consulenze dietetiche e psicologiche. L'annuncio avviene mediante una notifica di ammissione RAMI.

2° Piano: Casa Anziani e Cure Palliative Geriatriche (14 posti) Reparto specializzato nella presa a carico di anziani non più in grado di vivere al proprio domicilio e che necessitano di cure sull'arco di tutto il giorno. Approccio basato sull'accoglienza, sul mantenimento delle risorse e sulla valorizzazione dell'individualità (caratteristiche personali, preferenze, hobbies,...). I pazienti di Cure Palliative Geriatriche si differenziano da quelli di Cure Palliative Specialistiche in quanto presentano uno stato clinico e una sintomatologia maggiormente stabile e con una prognosi di vita maggiore.

1° Piano: Foyer invalidi adulti (10 posti) Accoglie persone adulte con patologie gravi e assicura loro il supporto medico-infermieristico, terapeutico e riabilitativo necessario a migliorare o a mantenere la loro autonomia, tenendo conto dei bisogni bio-psico-sociali e spirituali. Il Foyer è una struttura che risponde alle esigenze di inserimento ma è anche stimolo al miglioramento dell'autonomia e al recupero di capacità residue, mentre vogliamo evitare nel modo più assoluto un intervento puramente assistenziale. L'ammissione avviene su richiesta della persona disabile o del suo rappresentante legale. Le richieste sono gestite a livello cantonale dalla Pro Infirmis, alla quale è necessario rivolgersi per l'ammissione.

Villa Mignon: Soggiorni Temporanei (11 posti) In una villa separata dall'edificio principale, si offre un soggiorno temporaneo come servizio residenziale per utenti anziani, permettendo di alleggerire ed aiutare i familiari durante le vacanze o in assenza dei familiari a causa di un improvvisa malattia, sovraccarico fisico e/o psichico.

Altri servizi All'interno della Clinica vi sono diversi servizi: Fisioterapia, Ergoterapia, Stimolazione basale, Terapia attivazionale, Animazione, Dietetica, Musicoterapia, Psicologia, Consulenza spirituale, Assistente sociale, Cucina, Servizio Tecnico, Farmacia, Radiologia, Lavanderia, Albergheria e Amministrazione.

La denominazione giuridica di Fondazione rappresenta un primo ed intuitivo tassello che connota e delinea la missione e lo scopo sociale della prestazione delle cure e dei servizi offerti. La nascita della

Fondazione risale al 1973, quando un intraprendente commerciante, il Signor Giorgio Varini con sua moglie, volle destinare le sue fortune ai malati, creando un istituto senza scopo di lucro (precorrendo il tempo del non – profit), dinamico e in continua evoluzione. Naturalmente sono stati molti i cambiamenti e le modifiche apportate nel corso degli anni sia culturali sia strutturali e l'attuale scelta della qualità rafforza la già presente consapevolezza della ricerca del miglioramento continuo.

Equipe pluridisciplinari dove l'etica professionale è basata sul rispetto della personalità, si attiva a rispondere ai bisogni della persona curata, sempre sollecitando la sua partecipazione. Direzione, medici, infermieri, assistenti geriatriche, fisioterapisti, assistenti di cura, animatrici, personale di economia domestica, di amministrazione, ecc... rispondono alle esigenze di un accompagnamento che rispecchia:

- Una risposta alle differenti necessità di cura;
- Un ambiente sereno protetto e sicuro;
- Elevati standard di comfort;
- Risposte terapeutiche mirate e altamente personalizzate.

Strettamente interconnessa con tale visione è la ricerca del miglioramento delle prestazioni, della sicurezza e della soddisfazione del paziente che è alla base ed è il punto cardine attorno al quale ruota la scelta della politica della qualità recepita e applicata in tutti gli ambiti della struttura. Proprio in un'ottica del miglioramento continuo si colloca la pianificazione e la strutturazione della formazione permanente che permette a tutto il personale di rivedere argomenti, tecniche specifiche di lavoro e relazionali come da filosofia dell'Istituto.

Inoltre la programmazione della formazione è strutturata in modo da lasciare spazio in riferimento alle richieste degli operatori su tematiche e/o aspetti da affrontare. L'apertura dell'Istituto verso le nuove idee, permette al personale e ai pazienti di approfittare delle risorse esterne e di concedere ampio spazio all'immaginazione ed alla creatività di ognuno per il benessere di tutti. Ogni individuo è considerato un essere unico, libero e degno di rispetto.

Tutto ciò che costituisce la propria identità personale, biologica, spirituale e sociale è considerata come fattore d'equilibrio da salvaguardare e da coltivare all'interno dei limiti fissati dalla persona. Tale filosofia è esplicitata rispondendo in modo integrato e strettamente congiunto alle necessità di cura e alla volontà del paziente e/o dell'eventuale curatore che ne cura gli interessi, mediante il perseguimento di obiettivi personali e di cura puntando a:

- Recuperare, in relazione alla patologia, le condizioni psico-fisiche con il supporto di tutti i mezzi, e con interventi mirati e strettamente individuali;
- Informare in modo chiaro sulla diagnosi, sulle terapie e esami da eseguire in relazione ai rischi e ai possibili esiti delle cure/esami in riferimento all'evidenza scientifica medico-infermieristica;
- "Libera scelta", dopo un'accurata informazione dei vantaggi-svantaggi e dei rischi, di rifiutare o accettare le prescrizioni mediche e le terapie ritenute idonee in relazione alla patologia;
- Nessun accanimento nelle cure.

La linea guida e la base di riferimento per tutte le attività e tutto il personale di ogni settore sono la nostra filosofia. La missione è la cura della fragilità. Camminare insieme verso la riattivazione delle funzionalità residue e stabilizzazione delle fragilità, creando una rete di assistenza che supporti ed integri il rientro al domicilio.

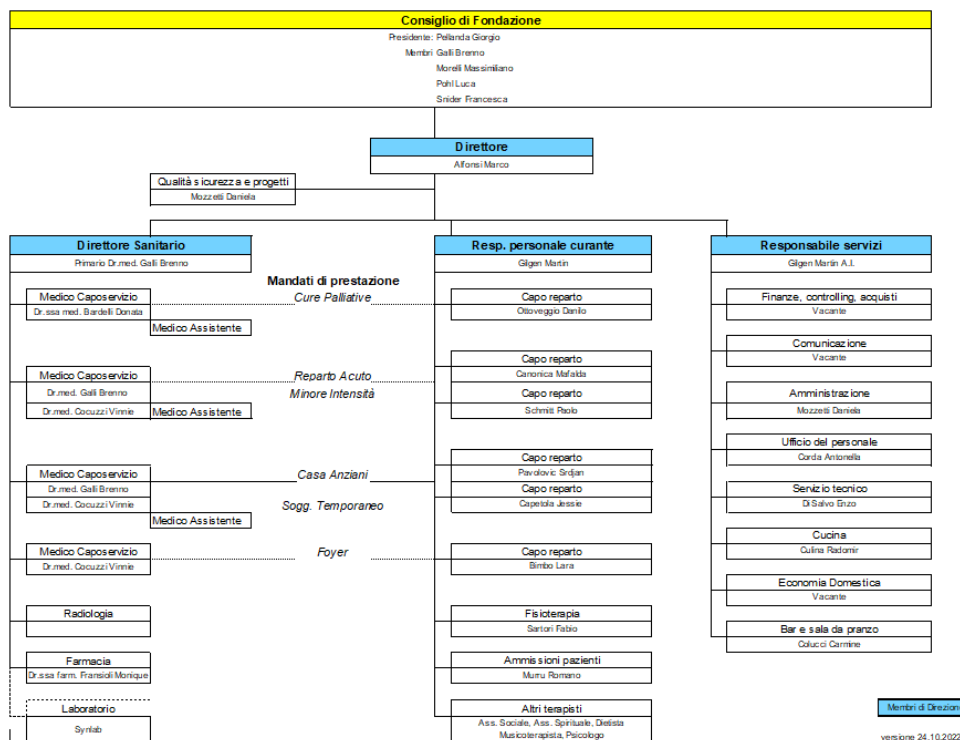
L'allegato 1 riporta informazioni dettagliate sull'offerta di prestazioni. [Annesso 1](#).

2 Organizzazione della gestione della qualità

2.1 Organigramma

Settore: Direzione

06_00-A-Organigramma_Clinica_Varini

Data di creazione: 01.09.2008
Ultima revisione: 24.10.2022

Data ultima modifica: 24.10.2022

1 / 1

A partire dal 2019, il Sistema di Gestione della Qualità è stato delegato a una figura amministrativa nel ruolo di Responsabile Qualità, supportata da un Infermiere Specialista Clinico nel ruolo di Agente Qualità.

Nel corso dell'anno 2022, le due figure suddette hanno concluso il percorso formativo che li ha portati ad acquisire il titolo di Gestore della Qualità, rendendosi sempre più operativi nella gestione del Manuale Qualità in generale, degli audit interni e di certificazione, nell'analisi dei rischi, nella gestione e nel monitoraggio delle non conformità e degli indicatori di qualità.

La gestione della qualità è una funzione di linea alle dirette dipendenze della Direzione.

Complessivamente una percentuale lavorativa del **100 %** è destinata alla gestione della qualità.

2.2 Persone di contatto della gestione della qualità

Signor Martin Gilgen
Direttore a.i., Responsabile Cure e Personale
091.735.56.00
martin.gilgen@clinicavarini.ch

Signora Daniela Mozzetti
Responsabile Qualità
091.735.56.33
dmozzetti@clinicavarini.ch

Signor Daniele Fava
Agente Qualità
091.735.57.77
daniele.fava@clinicavarini.ch

3 Strategia della qualità

La strategia sulla qualità mira al mantenimento degli attuali standard qualitativi delle cure e alla ricerca del miglioramento continuo, con lo scopo di soddisfare al meglio il paziente e ottimizzare la presa a carico.

La nostra politica della qualità ha come obiettivi:

- garantire il rispetto dei diritti e della volontà del paziente;
- garantire al paziente un ruolo centrale, rispondendo ai suoi bisogni in modo appropriato, personalizzato e in un'ottica di empatia;
- garantire l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti;
- rendere più agevole, a ciascun collaboratore, lo svolgimento di tutte le attività lavorative;
- avere una visione interdisciplinare delle cure, con una comunicazione efficace tra le varie aree;
- coordinare attività di formazione, valorizzazione e fidelizzazione del personale;
- migliorare costantemente l'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità;
- garantire il rispetto dei requisiti cogenti applicabili agli specifici settori.

La qualità è un elemento ancorato esplicitamente nella strategia, rispettivamente negli obiettivi aziendali.

3.1 2 - 3 punti principali nell'ambito della qualità nell'anno di esercizio 2022

Di seguito vengono elencati gli argomenti principali, inerenti la qualità, che sono stati sviluppati nel corso del 2022.

- Ridefinizione Politica della Qualità
- Ridefinizione gruppo Igiene e Sicurezza
- Miglioramento continuo
 - Ristrutturazione programma di audit triennale
 - Avvio audit interni su tutti i reparti / servizi
 - Ristrutturazione Manuale Qualità
 - Monitoraggio e analisi delle Non Conformità (Reclami e Segnalazioni)
 - Definizione di nuovi Indicatori di Qualità e monitoraggio
 - Analisi grado di soddisfazione pazienti e famigliari (acuto)
 - Restituzione grado di soddisfazione residenti e famigliari (lungodegenza)
 - Partecipazione alle misurazioni ANQ (analisi di prevalenza cadute e decubiti, riammissioni potenzialmente evitabili)
- Formazione del personale / promozione della sicurezza dei pazienti
 - Sensibilizzazione sulla cultura della qualità e della sicurezza
 - Sensibilizzazione sulla cultura dell'errore e sulla segnalazione degli stessi
 - Sensibilizzazione sui ruoli di Proprietario e Manager di processo
 - Promozione della pianificazione personalizzata dell'assistenza (documentazione e piani di cura)
 - Promozione del buon trattamento e prevenzione dei maltrattamenti
 - Corsi BLS estesi a tutto il personale
- Valorizzazione dei collaboratori
 - Restituzione risultati di soddisfazione del personale
- Certificazioni di Qualità
 - Palliative.ch
 - Direttiva 3
 - CIP

3.2 Obiettivi nell'ambito della qualità raggiunti nell'anno di esercizio 2022

Gli obiettivi-progetti realizzati in ambito della qualità sono stati molteplici

- Continuazione di sessioni regolari di formazione sulla Qualità e Sicurezza, rivolta a tutti i nuovi collaboratori
- Audit intermedio Palliative.ch per il reparto di Cure Palliative acute
- Certificazione del reparto Foyer, secondo la Direttiva Nr. 3 DSS/UI:2016
- Conclusa la sensibilizzazione riguardante il Buon trattamento nelle cure, effettuata nel settore lungodegenza attraverso formazioni specifiche con Pro Senectute
- Sensibilizzazione sulla violazione dell'integrità personale, effettuata a tutto il personale con formazione specifica tenuta dall'Ufficio dell'ispettorato del lavoro
- Restituzione risultati analisi soddisfazione dei pazienti
- Restituzione risultati analisi soddisfazione del personale
- Audit interni regolari per tutti i reparti/servizi e che coinvolgono tutti i processi

3.3 Sviluppo della qualità nei prossimi anni

Al fine di promuovere la qualità e il miglioramento continuo nelle cure, le attività prioritarie sulle quali continueremo a lavorare sono:

- Promozione della collaborazione e della comunicazione efficace all'interno delle equipe;
- Attività specifiche di rafforzamento della Qualità e della Sicurezza;
- Sensibilizzazione sulla cultura dell'errore e segnalazione degli stessi;
- Coinvolgimento dei Proprietari e dei Manager di Processo;
- Strutturazione di formazioni specifiche di aggiornamento continuo;
- Strutturazione di un Sistema di Gestione della Qualità efficiente;
- Certificazione Palliative.ch reparto lungodegenza nel 2023;
- Certificazione di tutta la Clinica ISO 9001 nel 2024.

4 Panoramica delle attività nell'ambito della qualità

4.1 Partecipazione a misurazioni nazionali

All'interno dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) sono rappresentati l'associazione H+ Gli Ospedali Svizzeri, i Cantoni, la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), l'associazione degli assicuratori malattia santésuisse, curafutura e gli assicuratori sociali federali. Gli scopi dell'ANQ sono il coordinamento dell'attuazione unitaria di misurazioni della qualità in ospedali e cliniche con l'obiettivo di documentare e migliorare la qualità. La metodologia di svolgimento e di analisi sono gli stessi per tutti gli istituti.

Maggiori informazioni sulle singole misurazioni della qualità sono presenti nei sottocapitoli «Inchieste nazionali» e «Misurazioni nazionali», nonché sul sito dell'ANQ (www.anq.ch).

Il nostro istituto ha partecipato al piano di misurazione nazionale come segue:
<i>somatica acuta</i>
▪ Analisi nazionale delle riammissioni
▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta
▪ Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza decubito

Osservazioni

4.2 Svolgimento di misurazioni prescritte a livello cantonale

Nell'anno in esame, il nostro istituto ha attuato le direttive cantonali seguenti e svolto le seguenti misurazioni prescritte a livello cantonale:
▪ IQ Medici e IQ RAI

Osservazioni

Rispettiamo i differenti contratti di prestazione e le misurazioni specifiche/certificati richiesti dagli stessi.

4.3 Svolgimento di altre misurazioni interne

Il nostro istituto ha svolto altre misurazioni della qualità oltre a quelle prescritte a livello nazionale e cantonale.

Il nostro istituto ha svolto le seguenti inchieste di soddisfazione interne:
<i>Soddisfazione dei pazienti</i>
▪ Soddisfazione dei pazienti RAMI
Il nostro istituto ha svolto le seguenti misurazioni interne:
<i>Caduta</i>
▪ Formulario interno sulle Cadute
<i>Altra misurazione</i>
▪ Pianificazione personalizzata dell'assistenza

4.4 Attività e progetti nell'ambito della qualità

Trovate qui un elenco dei progetti relativi alla qualità in corso volti ad ampliare le attività relative alla qualità:

Bientrance

Obiettivo	Promozione del buon trattamento e prevenzione dei maltrattamenti
Settore nel quale si svolge il progetto	Tutta la Clinica
Progetto: durata (dal...al)	3 anni
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno/esterno.
Motivazione	Mettere il paziente al centro
Metodo	Formazione interna ed esterna da parte di Pro Senectute
Gruppi professionali coinvolti	Tutti i reparti e i servizi
Valutazione attività/progetto	Il progetto sta terminando per la lungodegenza e verrà successivamente organizzato per il settore Clinico

CIRS

Obiettivo	Monitorare e analizzare gli eventi critici; sensibilizzazione sui never events
Settore nel quale si svolge il progetto	Tutta la Clinica
Progetto: durata (dal...al)	dal 2021
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno/esterno.
Motivazione	Progetto di sensibilizzazione di tutto il personale sulla tematica
Metodo	Banca dati CIRNET
Gruppi professionali coinvolti	Team Qualità e curanti
Valutazione attività/progetto	Avviato, in fase di sviluppo
Documentazione di approfondimento	documentazione CIRS - Sicurezza dei pazienti svizzera

Audit specifici sulla Cartella Clinica Informatizzata

Obiettivo	Uniformare l'utilizzo della Cartella
Settore nel quale si svolge il progetto	Settore cure
Progetto: durata (dal...al)	Dal 2019
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno.
Motivazione	Ultimare il progetto d'introduzione della cartella
Metodo	Check-list e restituzione rapporto d'audit
Gruppi professionali coinvolti	Team Qualità, Settore cure
Valutazione attività/progetto	Attività sospesa nel 2022, in ripresa dal secondo semestre del 2023
Documentazione di approfondimento	Analisi interne

Audit interni

Obiettivo	Coinvolgimento, Responsabilizzazione e rivisitazione del MQ
Settore nel quale si svolge il progetto	Tutta la Clinica
Progetto: durata (dal...al)	dal 2021
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno.
Motivazione	Facilitare le attività lavorative e coinvolgere il personale
Metodo	Audit interni (check list, rapporto d'audit) e formazioni interne
Gruppi professionali coinvolti	Team Qualità, tutti i collaboratori
Valutazione attività/progetto	Progetto in corso di sviluppo

Analisi dei Rischi

Obiettivo	Gestione appropriata dei rischi
Settore nel quale si svolge il progetto	Tutta la Clinica
Progetto: durata (dal...al)	dal 2021
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno/esterno.
Motivazione	Garantire le attività lavorative, riducendo i possibili eventi avversi
Metodo	Analisi dei Rischi
Gruppi professionali coinvolti	Direzione, Team Qualità, Proprietari e Manager di processo
Valutazione attività/progetto	Progetto in corso di sviluppo

Gestione indicatori di qualità

Obiettivo	Monitorare indicatori specifici per oggettivare il miglioramento continuo nelle cure
Settore nel quale si svolge il progetto	Tutta la Clinica
Progetto: durata (dal...al)	Dal 2022
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno.
Metodo	Monitoraggio e report periodici
Gruppi professionali coinvolti	Tutti

Ridefinizione Gruppo Igiene e Sicurezza

Obiettivo	Implementazione specifica dei processi di gestione dell'Igiene e della Sicurezza
Settore nel quale si svolge il progetto	Tutta la Clinica
Progetto: durata (dal...al)	Dal 2022
Tipo di progetto	Si tratta di un progetto interno.
Metodo	Riunioni e formazioni regolari
Gruppi professionali coinvolti	Gruppo Igiene e Sicurezza
Valutazione attività/progetto	Progetto in corso di sviluppo
Documentazione di approfondimento	Manuale Sicurezza

Trovate qui un elenco delle attività relative alla qualità permanenti e consolidate:

Valorizzazione dei collaboratori

Obiettivo	Rendere omogenee e utili le valutazioni/valorizzazioni dei collaboratori
Settore nel quale si svolge l'attività	Tutta la Clinica
Attività: durata (dal...)	Dal 2019
Tipo di attività	Si tratta di un'attività interna/esterna.
Motivazione	Migliorare le valutazioni valorizzando i collaboratori e rispettando le tempistiche e scadenze
Metodo	Formazione esterna, coaching individuale e supervisione.
Gruppi professionali coinvolti	Tutti i collaboratori
Valutazione attività/progetto	Progetto concluso

Formazione sulla Qualità e Sicurezza

Obiettivo	Presentazione dell'organizzazione primaria della struttura
Settore nel quale si svolge l'attività	Tutti i nuovi collaboratori
Attività: durata (dal...)	Dal 2021
Tipo di attività	Si tratta di un'attività interna.
Motivazione	Condivisione della missione, della filosofia e delle attività prioritarie della struttura; garantire la sicurezza dei collaboratori
Metodo	Formazioni interne con il supporto di slide in Power Point
Gruppi professionali coinvolti	Team Qualità, Servizio Tecnico, tutti i nuovi collaboratori
Valutazione attività/progetto	L'attività si sta svolgendo dal 2021 con successo
Documentazione di approfondimento	Slide Power Point (documento interno).

Analisi soddisfazione del personale

Obiettivo	Comprendere i punti critici rilevati da ciascun collaboratore e migliorarli
Settore nel quale si svolge l'attività	Tutta la Clinica
Attività: durata (dal...)	dal 2021
Motivazione	Migliorare la soddisfazione ed il senso d'appartenenza del personale
Metodo	Questionario SUPSI
Gruppi professionali coinvolti	Amministrazione e SUPSI
Valutazione attività/progetto	L'attività è iniziata a fine 2021 ed è terminata nel 2022
Documentazione di approfondimento	Analisi esterne

Analisi soddisfazione dei pazienti

Obiettivo	Comprendere i punti critici della presa a carico degli utenti e migliorarli
Settore nel quale si svolge l'attività	Tutta la Clinica
Attività: durata (dal...)	Dal 2021
Tipo di attività	Si tratta di un'attività interna/esterna.
Motivazione	Miglioramento continuo dei servizi erogati
Metodo	Questionario interno e SUPSI
Gruppi professionali coinvolti	Amministrazione e SUPSI
Valutazione attività/progetto	L'attività si svolge con regolarità dal 2021
Documentazione di approfondimento	Analisi interne ed esterne

4.4.1 CIRS – imparare dagli errori

Il CIRS (Critical Incident Reporting System) è un sistema di segnalazione di errori tramite il quale i collaboratori possono annunciare eventi avversi o quasi eventi accaduti nello svolgimento dell'attività quotidiana e che hanno generato (o rischiato di generare) un danno alla salute del paziente. L'obiettivo di tale segnalazione è quello di analizzare l'accaduto e di migliorare la cultura della sicurezza individuando eventuali lacune organizzative e/o nelle procedure di lavoro (lacune di sistema) e permettendo in questo modo di adottare le necessarie misure di miglioramento.

Il nostro istituto ha introdotto il sistema CIRS nel 2010 .

È stata definita una procedura standard per l'avvio e l'attuazione di misure di miglioramento.

Sono state create le strutture e gli organi, e definite le responsabilità per l'elaborazione delle notifiche CIRS.

Le notifiche CIRS e gli errori vengono elaborati mediante un'analisi sistematica.

4.6 Panoramica delle certificazioni

Il nostro istituto è titolare delle certificazioni seguenti:				
Norma applicata	Settore, che lavora con la norma / lo standard	Anno della prima certificazione valida	Anno dell'ultima ricertificazione	Commenti
Direttiva 3 DSS/UI: 2016	Foyer	2009	2022	
label "Qualità in cure palliative"	Cure palliative	2016	2022	

MISURAZIONI DELLA QUALITÀ

Sondaggi di soddisfazione

5 Soddisfazione dei pazienti

Le inchieste a tappeto tra i pazienti costituiscono un elemento importante della gestione della qualità, poiché forniscono riscontri relativi alla soddisfazione dei pazienti e stimoli per potenziali di miglioramento.

5.1 Sondaggi propri

5.1.1 Soddisfazione dei pazienti RAMI

L'obiettivo dell'inchiesta è di monitorare il grado di soddisfazione dei pazienti per i vari servizi che operano all'interno della Clinica.

La/L' inchiesta tra i pazienti è stata svolta dal Settembre 2022 al Dicembre 2022.

RAMI

Criteri di inclusione: orientamento nei quattro domini; capacità di compilazione del questionario

Non è stato inviato alcun sollecito.

Temi di misurazione

- 1) Amministrazione
- 2) Settore infermieristico
- 3) Settore medico
- 4) Fisioterapia
- 5) Ass.Sociale
- 6) Animazione
- 7) Servizio alberghiero
- 8) Cucina
- 9) Gestione dimissione
- 10) Struttura e organizzazione
- 11) Valutazione prima del ricovero
- 12) Valutazione dopo il ricovero



1 = Molto negativo / 6 = Molto positivo

■ Fondazione G. Varini, Clinica

Risultati della misurazione in cifre

	Valori medi per Temi di misurazione				
	1)	2)	3)	4)	5)
Fondazione G. Varini, Clinica	5.26	5.50	5.52	5.64	5.59

Risultati della misurazione in cifre

	Valori medi per Temi di misurazione				
	6)	7)	8)	9)	10)
Fondazione G. Varini, Clinica	5.04	5.30	5.50	5.25	5.57

Risultati della misurazione in cifre

	Valori medi per Temi di misurazione		Numero questionari validi	Tasso di risposta %
	11)	12)		
Fondazione G. Varini, Clinica	5.50	5.60	25	27.00 %

Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Analizzando i dati e confrontandoli con quelli dell'anno precedente, si evidenzia un miglioramento medio che va da un valore del 5.34, registrato nell'anno 2021, ad un valore di 5.42, registrato nel corso del 2022.

La partecipazione alla compilazione del questionario ha invece registrato una riduzione percentuale che va dal 33% del 2021 al 27% del 2022.

Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente	26_01-A-Questionario_soddisfazione_pazienti
--	---

5.2 Gestione dei reclami

Il nostro istituto dispone di una gestione dei reclami / un ombudsman.

Fondazione G. Varini, Clinica

Team Qualità

Martin Gilgen

Resp.cure e personale

091735.56.00

martin.gilgen@clinicavarini.ch

dal lunedì al venerdì Dalle 08.00 alle 17.00

Qualità delle cure

9 Riammissioni

9.1 Analisi nazionale delle riammissioni

Nell'ambito della misurazione nazionale dell'ANQ una riammissione è considerata evitabile quando ha luogo entro 30 giorni dalla dimissione e non era pianificata, e la diagnosi correlata era già presente in occasione della degenza ospedaliera precedente. Per il rapporto, vengono impiegati i dati della statistica medica ospedaliera dell'anno precedente (analisi dei dati).

Perciò le visite di follow up pianificate e i ricoveri ripetuti pianificati, p.es. nell'ambito di un trattamento contro il cancro, non vengono conteggiati.

Maggiori informazioni: www.anq.ch/it e www.sqlape.com

Risultati

Analisi dei dati (UST)	2017	2018	2019	2020
Fondazione G. Varini, Clinica				
Rapporto tra i tassi*	1.45	2.01	0	–
Numero di dimissioni analizzabili 2020:				–

* Il rapporto tra i tassi è calcolato con i tassi osservati/attesi dell'ospedale o della clinica. Un rapporto inferiore a 1 significa che sono stati osservati meno casi potenzialmente evitabili di quanti fossero attesi. Un rapporto superiore a 1 significa che sono stati osservati più casi potenzialmente evitabili di quanti fossero attesi.

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/ utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Dall'anno di riferimento UST 2020 vi sarà un cambiamento metodologico. Secondo la decisione dell'ANQ i dati della fase d'introduzione non vengono pubblicati in maniera trasparente. Ciò vale per l'attuale rapporto sulla qualità 2022 (dati UST 2020). Nel 2023, quale novità, le «riospedalizzazioni non pianificate entro 30 giorni» vengono raffigurate in modo trasparente per l'anno di riferimento UST 2021.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	SQLape GmbH
Metodo / strumento	SQLape®, metodo sviluppato scientificamente che calcola i valori corrispondenti basandosi sui dati statistici (UST MedStat) degli ospedali.

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	Tutti i pazienti degenti (bambini compresi).
	Criteri d'esclusione	Pazienti deceduti, neonati sani, pazienti trasferiti in altri ospedali e pazienti con domicilio all'estero.

12 Caduta

12.1 Misurazione nazionale dell'indicatore di prevalenza caduta

La misurazione nazionale della prevalenza delle cadute e dei decubiti permette una visione sulla frequenza, sulla prevenzione e sul trattamento di diversi fenomeni correlati alle cure infermieristiche. La misurazione della prevalenza avviene in una data prestabilita. Nell'ambito della misurazione si verifica se i pazienti siano caduti 30 giorni prima del giorno di riferimento. Di conseguenza, si tratta di una misurazione periodica e non di un rilevamento completo.

Maggiori informazioni:

www.anq.ch/it et www.lpz-um.eu

A causa della pandemia da COVID-19 e delle sue ripercussioni, negli anni 2020 e 2021 non è stato possibile effettuare le misurazioni nazionali degli indicatori di prevalenza caduta e decubito.

Risultati

		2018	2019	2022
Fondazione G. Varini, Clinica				
Numero di cadute avvenute in ospedale		5	0	4
In percentuale		13.90%	0.00%	11.80%
Numero dei pazienti effettivamente considerati 2022	34	Quota percentuale (percentuale di risposte)		100.00%

Per quanto riguarda i numeri e le percentuali pubblicati, si tratta di risultati descrittivi e non aggiustati secondo il rischio.

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/ utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	Berner Fachhochschule
Metodo / strumento	LPZ 2.0

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	- Pazienti degenti ≥ 18 anni (incluse cure intense, cure continue), pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria) - Dichiarazione di consenso orale del paziente/del rappresentante legale
	Criteri d'esclusione	- Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso. - Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità. - Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, sala risveglio.

12.2 Misurazione propria

12.2.1 Formulario interno sulle Cadute

L'obiettivo della misurazione è la raccolta e l'analisi del numero di cadute (incluso nel trend) e degli aspetti che hanno influito sulle cadute dei pazienti. Tra gli elementi che vengono raccolti e analizzati vi sono: ora della caduta, luogo, attività svolta durante la caduta, tipo e dinamica della caduta, esiti/ conseguenze, fattori di rischio tra cui disturbi del paziente e farmaci assunti, fattori ambientali influenti, misure preventive già in atto e adottate, altri dati riguardanti la mobilitazione (mezzi ausiliari, contenzioni, .ecc.).

La/L' misurazione è stata svolta nel 2022.

Tutta la Clinica

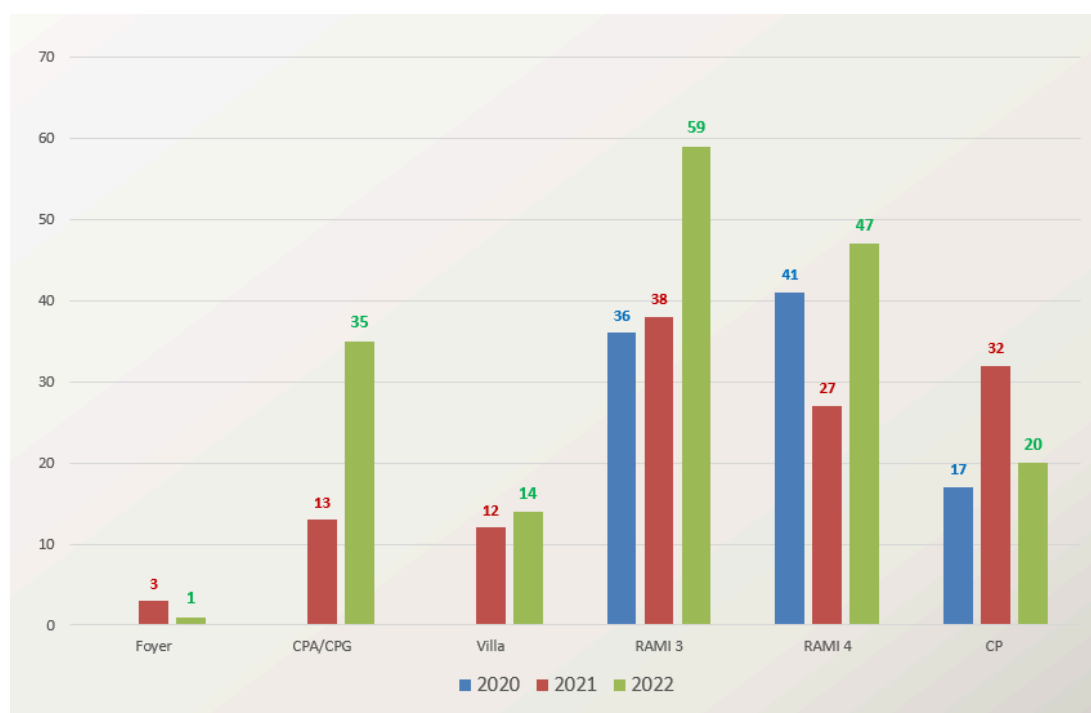
Criteri di inclusione: Tutti i pazienti della Clinica; cadute verificatesi all'interno della struttura.

Attualmente viene rilevato il numero delle cadute verificatesi in ciascun reparto della Clinica.

Questo valore viene comparato con i valori degli anni precedenti, al fine di monitorare l'incremento o il decremento delle cadute nei vari reparti di cura.

Per l'anno 2022 si sono verificate un totale di 176 cadute, in aumento rispetto al 2021 dove il numero di cadute è stato di 125.

Numero cadute



Informazioni relative alla misurazione

Metodo/strumento sviluppato internamente

Modulo di rilevazione delle cadute

13 Lesioni da pressione

Il decubito si può descrivere, secondo un'indicazione dell'Istituto olandese per la qualità nelle cure sanitarie (CBO, 2002), come la necrosi di un tessuto a seguito degli effetti di compressione, attrito e forza di taglio, ovvero di una combinazione di queste forze sul corpo.

13.1 Misurazione dell'indicatore di prevalenza decubito

La misurazione nazionale della prevalenza delle cadute e dei decubiti permette una visione sulla frequenza, sulla prevenzione e sul trattamento di diversi fenomeni correlati alle cure infermieristiche. La misurazione della prevalenza avviene in una data prestabilita. Nell'ambito della misura si verifica se i pazienti prima della data di riferimento hanno sviluppato in una o più sedi una lesione da pressione. La misurazione si tiene in un giorno di riferimento (prevalenza puntuale) e non si tratta di un rilevamento completo.

Maggiori informazioni:

www.lpz-um.eu

A causa della pandemia da COVID-19 e delle sue ripercussioni, negli anni 2020 e 2021 non è stato possibile effettuare le misurazioni nazionali degli indicatori di prevalenza caduta e decubito.

Risultati

Numero dei pazienti con piaghe da decubito			Valore dell'anno precedente		2022	In percentuale
			2018	2019		
Fondazione G. Varini, Clinica						
Prevalenza di decubito nosocomiale	Nel proprio ospedale, categoria 2-4		1	0	3	8.80%
Numero dei pazienti effettivamente considerati 2022	34	Quota percentuale (relativa a tutti i pazienti degenti il giorno della misura)			100.00%	

Poiché le misurazioni dell'ANQ sono state concepite per confronti tra ospedali e cliniche, i risultati specifici degli ospedali o delle cliniche, come pure i confronti con l'anno precedente sono soltanto in parte significativi. L'ANQ pubblica i risultati delle misurazioni sul proprio sito web www.anq.ch/it/settori/medicina-somatica-acuta/risultati-misurazioni-medicina-somatica-acuta/ utilizzando una raffigurazione che permette il confronto.

Informazioni relative alla misurazione	
Istituto nazionale di analisi	Berner Fachhochschule
Metodo / strumento	LPZ 2.0

Informazioni per il pubblico specializzato:		
Informazioni sul collettivo considerato	Criteri d'inclusione	- Pazienti degenti ≥ 18 anni (incluse cure intense, cure continue), pazienti dai 16 ai 18 anni possono essere inclusi solo su base volontaria (tra gli adulti) - Dichiarazione di consenso orale del paziente/del rappresentante legale
	Criteri d'esclusione	- Pazienti degenti che non hanno rilasciato la dichiarazione di consenso. - Puerpere e neonati sani nel reparto di maternità. - Pronto soccorso, cliniche diurne e settore ambulatoriale, sala risveglio.

17 Altra misurazione

17.1 Altra misurazione interna

17.1.1 Pianificazione personalizzata dell'assistenza

L'obiettivo è di coinvolgere il paziente nella pianificazione dell'assistenza infermieristica, considerando sia le manifestazioni cliniche di ciascun paziente che ciò che per loro risulta il proprio disagio principale.

Nello specifico sono stati rilevati indicatori relativi a diagnosi individuata, obiettivi preposti e interventi pianificati.

Diagnosi > pertinenza rispetto a quanto documentato nel decorso clinico.

Obiettivi > Specificità; misurabilità; accettabilità; realizzabilità; determinazione temporale.

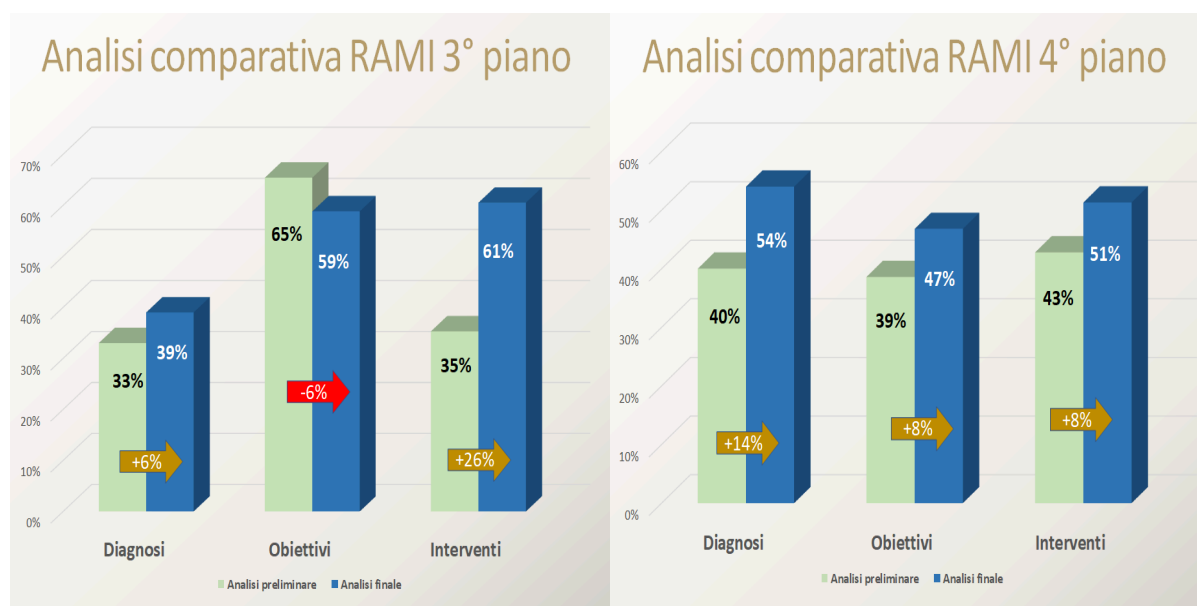
Interventi > Correlazione all'obiettivo; specificità; realizzabilità e determinazione temporale.

La/L' misurazione è stata svolta dal Settembre 2021 al Aprile 2022.

RAMI

Criteri di inclusione: Sono stati inclusi tutti i pazienti degenti nei reparti RAMI in due date specifiche (1a e 2a misurazione).

Criteri di esclusione: Sono stati esclusi i pazienti che erano entrati in reparto il medesimo giorno della misurazione.



Valutazione dei risultati e attività di miglioramento

Dai risultati ottenuti si è evidenziato, in una visione integrata dei due reparti RAMI, un miglioramento del +10% per l'individuazione delle diagnosi prioritarie, del +1,6% per la definizione degli obiettivi e del +16,9% per la pianificazione degli interventi, secondo i criteri sopra evidenziati.

Dalla 1a alla 2a misurazione è stata effettuata una rivisitazione della documentazione infermieristica, che permettesse una miglior individuazione delle diagnosi prioritarie, oltre ad aver fornito strumenti guida specifici per la pianificazione di piani di cura personalizzati. Sono state svolte inoltre attività formative sull'argomento e di supporto ai reparti presi in esame.

Le attività di miglioramento pianificate a lungo termine sono:

1. Modifica dello strumento di analisi dei piani di cura infermieristici (per gli audit sulla cartella clinica informatizzata)
2. Pianificazione di formazioni e attività di supporto ampliate a tutta la clinica.

Informazioni relative alla misurazione	
Metodo/strumento sviluppato internamente	

18 I progetti in dettaglio

In questo capitolo, sono descritti i principali progetti inerenti alla qualità.

18.1 Progetti in corso

18.1.1 Audit interni

Rivisitazione processo Audit interni

L'audit interno rappresenta un punto focale sia per poter individuare potenziali criticità che aspetti di miglioramento. È quindi una base indispensabile per poter "ridisegnare il modello di qualità". Inoltre questo permette di far conoscere, coinvolgere e creare un senso di considerazione e appartenenza del personale all'azienda, allo stesso tempo funge da catalizzatore di motivazione per i collaboratori spingendoli a riflessioni critiche e al miglioramento oltre che ad approfondire i propri ambiti di competenza.

Obiettivi del progetto

- Strutturazione di un processo chiaro che copra tutte le attività descritte nel MQ;
- Progetto propedeutico per la rivisitazione futura del MQ;
- Coinvolgimento di tutti i collaboratori;
- Report annuale alla Direzione;

Metodo:

- Formazioni interne inerenti il SGQ;
- Singoli audit specifici per ciascun reparto/servizio

18.1.2 Analisi dei rischi

Rivisitazione processo Analisi dei rischi

Lo scopo è di ottimizzare la gestione dei rischi e i sistemi di monitoraggio delle misure correttive introdotte, attraverso l'utilizzo di uno strumento integrato che valuti le priorità dei principali rischi, definisca le misure correttive e registri gli indicatori correlati al rischio. L'obiettivo è di pianificare una gestione dei rischi efficace ed efficiente, che supporti il SGQ ad evolvere in ottica di ottimizzazione delle risorse e di promozione della qualità in ogni reparto/settore.

Obiettivi del progetto

- Individuazione dei rischi
- Valutazione dei rischi e definizione delle priorità di intervento
- Definizione delle misure correttive
- Definizione degli indicatori e delle azioni di monitoraggio

Metodo:

- Creazione di una matrice per la gestione integrata di tutti i rischi
- Singoli audit specifici per l'identificazione dei rischi, in collaborazione con i manager di processo di ciascun reparto/servizio

18.1.3 Gestione indicatori di qualità

Individuare e implementare degli indicatori specifici per reparto/servizio e avviare il monitoraggio degli stessi.

Obiettivo:

- Oggettivare il miglioramento continuo delle cure

Metodo:

- Monitoraggio e report periodici

18.1.4 Ridefinizione Gruppo Igiene e Sicurezza

Consolidamento del gruppo Igiene e Sicurezza e definizione delle funzioni all'interno del gruppo.

Obiettivo:

- Rifacimento del Manuale della Sicurezza
- Implementazione specifica dei processi di gestione dell'Igiene e della Sicurezza

Metodo:

- Riunioni regolari
- Formazioni interne specifiche

18.2 Progetti conclusi nel 2022

18.2.1 Formazione sulla Qualità e Sicurezza

Formazione sulla Qualità e Sicurezza

Garantire la comunicazione delle informazioni prioritarie nella fase d'introduzione del nuovo personale.

Obiettivi del progetto

- Condivisione della missione, della filosofia e delle attività prioritarie della struttura;
- Garantire la sicurezza dei pazienti e dei collaboratori

Metodo:

- Formazioni interne con il supporto di slide in Power Point

18.3 Progetti di certificazione in corso

18.3.1 Certificazione label "Qualità in cure palliative specializzate"

Obiettivo:

- Mantenimento della Certificazione già in possesso dal 2016.

Svolgimento/metodo:

- Creata una tabella per registrare l'evoluzione delle piste di progresso individuate nell'audit precedente
- Strutturati incontri regolari tra il Team Qualità e il reparto specialistico

18.3.2 Certificazione Direttiva 3 DSS/UI:2016 per Foyer

Obiettivo:

- Mantenimento della Certificazione già in possesso dal 2009.

Svolgimento/metodo:

- Strutturati incontri regolari tra il Team Qualità e il reparto specialistico

19 Conclusione e prospettive

La qualità delle cure e la sicurezza del paziente sono al centro delle nostre attenzioni.

In tal senso vogliamo continuare ad impegnarci, anche nei prossimi anni, con la stessa responsabilità, professionalità e determinazione con cui abbiamo lavorato finora.

In particolare, le diverse attività e le diverse iniziative hanno lo scopo di coinvolgere un maggior numero di collaboratori nel miglioramento continuo e nello sviluppo del Sistema di Gestione della Qualità in generale.

Annesso 1: panoramica dell'offerta dell'istituto

Le informazioni relative alla struttura e alle prestazioni dell'ospedale servono a fornire una panoramica sulle dimensioni dell'ospedale e della sua offerta.

Per maggiori informazioni sull'offerta dell'istituto, potete rivolgervi all'ospedale o alla clinica, o consultare l'attuale rapporto annuale.

Somatica acuta

Offerta seconda panificazione ospedaliera / gruppi di prestazione
Basispaket
Pacchetto base per la chirurgia e la medicina interna
Pelle (dermatologia)
Dermatologia (incluse malattie sessualmente trasmissibili)
Trattamento delle ferite
Nervi medico (neurologia)
Neurologia
Tumore maligno secondario del sistema nervoso
Tumore primario del sistema nervoso centrale (senza pazienti palliativi)
Malattie cerebrovascolari
Ormoni (endocrinologia/diabetologia)
Endocrinologia
Stomaco-intestino (gastroenterologia)
Gastroenterologia
Sangue (ematologia)
Linfomi aggressivi e leucemie acute
Linfomi indolenti e leucemie croniche
Malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche
Reni (nefrologia)
Nefrologia (insufficienza renale)
Urologia
Urologia senza titolo di formazione approfondita 'Urologia operatoria'
Polmoni medico (pneumologia)
Pneumologia
Chirurgia ortopedica
Ortopedia
Chirurgia del plesso
Reumatologia
Reumatologia
Reumatologia interdisciplinare
Radioterapia (radio-oncologia)
Oncologia

Editore



Il modello per questo rapporto sulla qualità è pubblicato da H+:
H+ Gli Ospedali Svizzeri
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berna

Si veda anche:

www.hplus.ch/it/qualita/rapportosullaqualita/



I simboli utilizzati in questo rapporto per le categorie ospedaliere "Cure somatiche acute", "Psichiatria" e "Riabilitazione" sono stati utilizzati solo se i moduli concernono soltanto singole categorie.

Gruppi partecipanti e partner

Il modello viene costantemente perfezionato in collaborazione con la Commissione di specialisti Qualità (**FKQ**) di H+, i singoli Cantoni e su proposta dei fornitori di prestazioni.

Si veda anche:

www.hplus.ch/it/chisiamo/commissionidispecialisti/



La Conferenza svizzera dei direttori e delle direttrici cantonali della sanità (**CDS**) raccomanda ai Cantoni di obbligare gli ospedali a redigere rapporti sulla qualità delle cure e di raccomandare loro l'utilizzo del modello di rapporto di H+ e la pubblicazione del rapporto sulla piattaforma di H+ www.info-ospedali.ch.

Altri partecipanti



L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche (**ANQ**) coordina e realizza misure della qualità nei settori della medicina somatica acuta, della riabilitazione e della psichiatria.

Si veda anche: www.anq.ch/it



La **fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera** è una piattaforma nazionale per lo sviluppo e la promozione della sicurezza dei pazienti in Svizzera. Si avvale di reti e collaborazioni, che hanno lo scopo di favorire l'apprendimento dagli errori e di incoraggiare la cultura della sicurezza presso gli istituti sanitari. Per questo motivo coopera in via partecipativa e collaborativa con i fautori del sistema sanitario.

Si veda anche: www.patientensicherheit.ch



Il modello per il rapporto sulla qualità si basa sulle raccomandazioni "Rilevamento, analisi e pubblicazione di dati sulla qualità delle cure mediche" dell'Accademia svizzera per le scienze mediche (**ASSM**) (disponibile solo in D e F): www.samw.ch.